



UNIVERSIDAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

CREANDO CULTURA DE SEGURIDAD CLINICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Implantación de un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos.

Autora : Belén Ortega Ortega

DIRECTOR: Dr. Soria (Profesor del Departamento Anatomía Patológica y citología del HCU)

CODIRECTOR : Dra. Palazón (Profesora asociada al Departamento de Medicina y Cirugía , adjunta servicio de urgencias del HUMS)

RESUMEN

La asistencia sanitaria en urgencias es cada vez mas compleja tanto por las técnicas diagnosticas y terapéuticas, la necesidad de tomar decisiones rápidas, como por las relaciones interdisciplinarias. Es por ello que en los últimos años se trabaja de forma exhaustiva en la seguridad clínica como dimensión de la calidad. A medida que aumenta la percepción de los profesionales de la salud de la problemática existente, se promueve la realización de nuevas líneas de mejora que ayuden a solventar los problemas detectados. En este sentido , es imprescindible seguir trabajando activamente para promocionar cultura de seguridad clínica en cualquier servicio hospitalario tanto a través de actividades de difusión y divulgación como mediante una buena formación de los profesionales en este ámbito.

El objetivo principal que se busca a través de la realización de este trabajo de investigación es dar a conocer la importancia tanto de crear cultura de seguridad como de conocer los problemas de seguridad más frecuentes en cada proceso.

The emergency health assistance is increansingly complex therefore the diagnostics and therapeutics practices,the need for take fast decisions ,such as interdisciplinary relationships.It is therefore that last years it is working on exhaustive form in clinical security like in quality dimension . As the profesionales perception in heath increases of the existings problems. The realization of new lines of improvement which help to settle the detected problems is promoting.In this sense, it is essential to continue actively working to promote clinical security culture in any hospitality service both through dissemination and outreach activities and through good training of professionals in this field.

The principal objetive sought through the realization of this research is to releal the importance of both creating safety culture and know the most common security problems in each process.

Método: Una forma de avanzar en ambos objetivos es implantar sistemas de notificación de eventos adversos e incidentes con el fin de conocer que pasa en nuestros servicios, analizarlo y poder plantear acciones de mejora que eviten o disminuyan su aparición.

Conclusión: En definitiva es aprender de los errores notificados para avanzar en la seguridad de nuestros pacientes.

Palabras clave : seguridad clínica.Seguridad del paciente.Servicios de urgencias.Evento adverso.

Key words : clinic safety.Patient safety. Emergency health services. Adverse event.

1. Glosario	Pág.4
2. Introducción a la seguridad clínica del paciente.....	Pág.5
3. Justificación.....	Págs. 6-8
4. Material y métodos	
• Qué es ,elementos que lo componen y características de un sistema de notificación.....	Págs. 9-12
• Detección de problemas previos a su implantación.....	Págs.12-14
• Fases de implantación de Sistema de Notificación de Incidentes (SNI)	Pág.14-16
5. Resultados	
• Experiencia previa.....	Págs.16-17
• Actual.....	Págs. 17-22
6. Conclusiones.....	Págs. 23-24
7. Bibliografía	

- **Daño** : alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de un evento adverso
- **Error**: acción equivocada que tiene consecuencias negativas. Puede cometerse por comisión u omisión y conlleva la posibilidad de que ocurra el suceso adverso. Los objetivos frente al error asistencial deben ser dos; el principal saber reconocer y asumir que todos cometemos errores, y en segundo lugar reflexionar sobre nuestra actitud ante el error.
- **Evento adverso**: suceso que produce daño al paciente con discapacidad, muerte o prolongación de la estancia hospitalaria y que es causado por la atención sanitaria más que por el curso natural de la propia enfermedad.
- **Gestión de riesgo** : actividades encaminadas a identificar fallos que puedan afectar al proceso de atención y a analizar sus causas , con el objetivo de introducir medidas que minimicen el riesgo.
- **Incidente** : suceso o fallo inesperado o no deseado del proceso de atención en salud , que podría haber producido un evento adverso si no hubiera sido detectado a tiempo o por otras circunstancias
- **Proceso asistencial** : conjunto de actividades que tienen como finalidad mejorar el nivel de salud y la satisfacción de la población que recibe el servicio
- **Riesgo asistencial** : probabilidad de que se produzca un incidente o evento adverso derivado de la atención sanitaria.
- **Seguridad clínica** : es la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas o potenciales como consecuencia de la atención a la salud recibida.

INTRODUCCIÓN A LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE

Los actuales sistemas de prestación de servicios de salud se caracterizan por la combinación de procesos, tecnologías e interacciones humanas cada vez mas complejas, aportando beneficios importantes a la sociedad, aunque, también conllevan un riesgo inevitable de que ocurran sucesos adversos con diversos grados de consecuencias. El estudio de los efectos adversos debidos a la asistencia sanitaria ha cobrado un notable auge en los últimos años, ya que son un problema frecuente, tanto por la complejidad cada vez mayor de la práctica clínica, como por el aumento de la edad media y la pluripatología de los pacientes que son atendidos en los hospitales.

La necesidad de mejorar la eficiencia y la efectividad en la práctica médica ha llevado a generar un emergente movimiento de mejora de la seguridad de las prestaciones sanitarias. Se entiende entonces la seguridad como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos y debe ser considerada por su enorme importancia como una dimensión básica para que el servicio de urgencias de cualquier hospital pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo.

La prevención de incidentes o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales es considerada como un componente indispensable e indiscutible para la calidad.

Se podría por todo el decir que la seguridad clínica concentra sus esfuerzos en tres pilares fundamentales:

1. En primer lugar en gestionar el riesgo asistencial.
2. En segundo lugar de reconocer la existencia de sucesos adversos.
3. Por último de aplicar la mejor evidencia de la que se dispone sobre prácticas seguras.

JUSTIFICACIÓN

El riesgo asistencial es cualquier situación no deseable que supone un aumento en la probabilidad de que se produzcan efectos adversos o no deseados. Podemos encontrar en la asistencia de un paciente en urgencias tres momentos en los que cobra especial importancia en el riesgo asistencial : uno es el relacionado con la decisión médica , otro derivado de la aplicación de la decisión y en última instancia el inherente al propio paciente.

Los servicios de urgencias son por lo tanto áreas de asistencia vulnerables donde cualquier actuación en seguridad clínica implica una mejora en la asistencia del paciente. Las condiciones de trabajo (presión asistencial, falta de coordinación del trabajo en equipo, identificación inadecuadas de los pacientes, los turnos de trabajo y las guardias, las interrupciones continuas, y los errores de comunicación entre profesionales, pacientes, medicación, etc.), son las causas que más se han apuntado como desencadenantes de eventos adversos en los servicios de urgencias.

Tabla 1. Condiciones latentes que suponen un aumento del riesgo/vulnerabilidad en los servicios de urgencias y emergencias

Pacientes

- Afluencia
- Tipología y gravedad
- Complejidad clínica (pluripatología, edad ,enf. crónicas)

Profesionales

- Médicos y Enfermería:
 - Formación heterogénea
 - Plantilla, guardias, personal eventual, residentes...
 - Falta de seguimiento del paciente
- Motivación (*burnout*)
- Experiencia

Problemas de comunicación

- Profesional-paciente
- Profesional-profesional
- Cambios de turno / guardia

Errores de medicación

- Reacciones adversas a la medicación (RAM)
- Medicación de alto riesgo
- Comunicación:
 - Órdenes verbales
 - Mala letra: órdenes médicas, recetas

Condiciones de trabajo

- Escasa información sobre el paciente:
 - Paciente desconocido
 - Dificultad acceso a historia clínica
- Interrupciones y distracciones
- Turnos de trabajo:
 - Guardias: cansancio, interrupción del sueño
 - Sobrecarga asistencial

En el año 2005 el Sistema Nacional de Salud, realizó el estudio ENEAS sobre efectos adversos ligados a la hospitalización. De este estudio ,se obtuvieron entre otros los siguientes resultados de interés :

- El 32% de los pacientes hospitalizados sufren un evento adverso, siendo los relacionados con la asistencia un 9.3%.
- Los pacientes mayores de 65 años , tenían 2.5 veces más probabilidad de presentar un EA que los menores de 65.
- Del total de EA ,el 45% se consideró leve, el 39% moderados y un 16% graves.
- El 37.4% de los EA estaban relacionados con la medicación, un 25.3 % con las infecciones nosocomiales, y un 25% con problemas técnicos durante un procedimiento.
- El 31.4% de los EA tuvo como consecuencia un incremento de la estancia hospitalaria.
- El 42.8% de los EA se consideró evitable.
- Dos datos destacan por su relación con la situación en Urgencias en el estudio ENEAS, un 9,8% de los eventos adversos del periodo de pre-hospitalización ocurrieron en urgencias en alguna atención previa a la que ocasiona la hospitalización y un 37,5% de los que ocurren en el periodo de admisión en planta tienen su origen en el servicio de urgencias.

A nivel de urgencias se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo y multicéntrico que es el Estudio EVADUR. En dicho estudio participaron 21 servicios de urgencias españoles y se desarrolló durante 7 días diferentes entre octubre y diciembre de 2009 con pacientes seleccionados al azar durante su atención en urgencias y seguimiento a los siete días del alta.

En total en el estudio EVADUR se recogieron datos de 3854 pacientes , de los cuales 462 (un 12%) presentaron al menos un incidente (184 pacientes) o evento adverso (227 pacientes).Hubo una relación significativa entre los factores de riesgo extrínsecos (factores relacionados con el sistema) e intrínsecos (relacionados con el propio paciente y su enfermedad) y la aparición de eventos adversos. La mortalidad relacionada con los eventos adversos fue de un 0.05%.

Tabla 2. Factores causales responsables de incidentes en urgencias, según el estudio EVADUR*

Causas Frecuencia(%)

Manejo inadecuado del paciente	17,43 %
Retraso en el diagnóstico	14,85 %
Reacción adversa a la medicación	13,47%
Manejo inadecuado de la técnica	13,27%
Error en el diagnóstico	9,31%
Omisión de dosis o medicación	8,91 %
Comunicación médico-paciente	7,92 %
Inadecuado manejo de signos de alerta	5,74 %
Comunicación médico-enfermera	5,35 %
Mantenimiento inadecuado de catéteres	4,95 %
Dosis incorrecta	4,75 %
Retraso en la consulta especializada	4,55 %
Comunicación enfermero-paciente	4,16 %

Los efectos derivados del proceso, medicación y procedimientos fueron los más frecuentes y las causas más involucradas fueron las relacionadas con cuidados , medicación, diagnóstico y comunicación.

Con el estudio EVADUR se pudo llegar a concluir que un 12% de los pacientes visitados en un servicio de urgencias sufre algún tipo de incidente o evento adverso. De ellos, un 54,8% se acompañó de daño al paciente entendiendo como tal , cualquier alteración estructural y/o funcional o cualquier otro efecto perjudicial sobre el organismo que es producida por un evento adverso. Destaca también en este estudio que un porcentaje no despreciable (43%) de invidentes aparecen o son detectados de manera posterior al alta, lo que se denomina evento adverso tardío.

Los EA en los servicios de urgencias tienen una elevada evitabilidad (70%) y es recomendable establecer medidas en su seguimiento para prevenir su aparición.

Vista la magnitud del problema considero imprescindible el utilizar herramientas que nos ayuden a conocer qué está sucediendo en los distintos servicios de urgencias. Una herramienta útil es la implantación de un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos.

Aunque, si bien es cierto el ámbito de este trabajo se va a desarrollar en un servicio de urgencias es extrapolable a cualquier servicio hospitalario, ya que en todos ellos se trata tanto con pacientes directa o indirectamente como con datos de los mismos que pueden llevar a generar incidentes.

QUÉ ES UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN , ELEMENTOS QUE LO COMPONEN Y CARACTERÍSTICAS

Un sistema de notificación de incidentes (SNI) es una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos e incidentes producidos en el ámbito sanitario y a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes entendiéndolo como una oportunidad para aprender y mejorar , a través de los errores notificados.

Por ello, la mejora de la seguridad de los pacientes requiere transformar la cultura de culpa y la resistencia a abordar abiertamente los problemas de seguridad que existen actualmente.

El papel fundamental de los sistemas de notificación relacionados con la seguridad del paciente es aumentar la seguridad aprendiendo de los fallos de los sistemas sanitarios (enfoque basado en el sistema). Los errores en la atención sanitaria con frecuencia se deben a sistemas débiles y tienen causas fundamentales comunes que se pueden generalizar y corregir. Si bien cada incidente es único, es probable que haya similitudes y patrones en fuentes de riesgo que podrían pasar desapercibidas si los incidentes no se notifican ni analizan.

Para ser útil , el sistema debe tener todas las siguientes características :

- No punitivo: no debe producir miedo a castigo o represalia como resultado del mismo.
- Confidencial: la identificación del paciente, el informador y la institución no debe ser nunca revelada.
- Independiente El sistema debe ser independiente de la autoridad con capacidad de castigar al informador o su organización.
- Análisis por expertos Los informes deben ser valorados por expertos que consideren las circunstancias del suceso reportado.

- Ágil: los informes deben ser analizados con la mayor prontitud posible, haciendo llegar las recomendaciones a las personas que sea preciso, especialmente si se han identificado riesgos importantes.
- Orientado hacia el sistema Las recomendaciones deben centrarse en cambios en el sistema, los procesos y los recursos, más que en el comportamiento de los individuos.
- Sensible : la agencia que recibe los informes debe ser capaz de difundir recomendaciones y consensuar actuaciones con las organizaciones implicadas.

Un sistema de notificación precisa de los siguientes elementos que se describen a continuación. En primer lugar, es imprescindible contar con un grupo de personas que estén interesadas en temas relacionados con el aumento de la calidad de la asistencia y de seguridad del paciente. El personal tanto médico como de enfermería que se constituya como miembro del comité de Calidad deberá ser capaz de gestionar el sistema de notificación de incidentes de manera que éste sea eficiente para recoger datos, poder estar capacitados para analizarlos y finalmente dar soluciones en base a los datos obtenidos.

De la misma manera que es indispensable contar con un buen equipo de profesionales que participen de forma activa en las labores de recogida y análisis de datos lo es también la manera de recopilar los mismos. El Sistema de notificación ha de contar con una serie de elementos entre los cuales se encuentran :

- Fichas de notificación
- Buzón/es destinados a la recogida de fichas
- Base de datos donde introducir los eventos que son notificados en las fichas correspondientes.

EVENTO ADVERSO <input type="checkbox"/> INCIDENTE <input type="checkbox"/>	
LUGAR	Boxes y ambulantes <input type="checkbox"/> Salas de Observación <input type="checkbox"/> Vitales <input type="checkbox"/>
FECHA (CON EL MES Y AÑO)	
DESCRIBE BREVEMENTE EL INCIDENTE/EA	
¿PODRÍA HABERSE EVITADO? ¿COMO?	
CONSECUENCIAS EN EL PACIENTE	

Tabla 3. Representación original de la ficha de notificación implantada en el servicio de Urgencias del HUMS

Por último pero no menos importante, hay que destacar el papel clave que juega la comunicación en el correcto funcionamiento de un SNI ya que si no existe feed-back el sistema implantado acaba muriendo ante la ausencia de notificaciones. Se debe motivar al personal para que notifique lo que ve, recordando ante todo que el proceso es totalmente anónimo y no acarrea ni implicaciones ni consecuencias personales ni profesionales para la persona que realiza la notificación.

Es un reto que debemos lograr; conseguir una visión de gratitud hacia este tipo de gestos ya que en definitiva supone un avance para que la asistencia aumente en seguridad y en calidad tanto hacia el paciente como hacia nosotros mismos.

El conjunto de profesionales que componen el grupo de Calidad de cualquier servicio hospitalario establece unas metas ,entre las cuales podemos encontrar de manera genérica (se puede aplicar a cualquier servicio) algunos objetivos que constituyen el esqueleto principal del proyecto:

- Como objetivo prioritario se busca mejorar la seguridad de nuestros pacientes a través del conocimiento de nuestros errores y otras posibles debilidades que tenga el sistema.
 - Específico :
 - Fomentando el aprendizaje de los errores cometidos sin señalar culpables.
 - Crear cultura de seguridad y fomentar la práctica de la notificación entre los profesionales.
 - Identificar, analizar y documentar riesgos y puntos débiles del sistema.
 - Resolver aquellos problemas concretos de seguridad , que se hayan sido detectados.
-

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS PREVIOS A SU IMPLANTACIÓN

Antes de proceder a la implantación de cualquier sistema nuevo de seguridad , hay que prever los posibles problemas que van a poder surgir durante el proceso , para poder anticiparnos y ponerles solución en la medida en que se pueda.

En el caso que nos ocupa (la implantación de un sistema de notificación de incidentes) , se detectaron los siguientes problemas antes de comenzar el proceso :

- I. En primer lugar la falta de cultura de seguridad en las organizaciones, profesionales sanitarios y también en los pacientes. Cuando hablamos de sistemas de notificación hablamos, en el fondo también, de cultura de seguridad. Prevenir, identificar y mitigar son claves de esta cultura con un enfoque equilibrado.

Pero no resulta tan fácil cambiar las costumbres y creencias de muchos años de arraigo tanto en la población general como en los propios profesionales sanitarios.

- II. El temor a ser culpabilizado por el error hace que muchos (se presupone que una gran parte) no sean debidamente notificados por los cauces correspondientes.
- III. El miedo a las posteriores consecuencias médico-legales que puedan derivar de que se conozca la comisión de un error (Miedo a las acciones disciplinarias o denuncias)
- IV. Otros posibles problemas son: la falta de conciencia de que un error ha ocurrido, la falta de conocimiento de qué se debe documentar y porqué, la percepción de que el paciente puede ser indemne al error, la falta de familiaridad con los mecanismos de notificación, los profesionales sienten que están demasiado ocupados para documentar, y la falta de “feedback” cuando se produce una notificación.

Se estima que aproximadamente el 95% de los eventos adversos no se declaran, incluso aunque existan sistemas de notificación voluntaria anónima. Por ello, se han de establecer políticas que desarrollen la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y, no sólo estimular la capacidad de declaración, sino que, precisamente por la dificultad en la misma, establecer herramientas de trabajo que permitan detectar el riesgo de eventos adversos antes de que se produzcan, para poder introducir medidas de mejora en el sistema e intentar reducir el riesgo. En este sentido, los servicios de urgencias están introduciendo en los últimos años elementos de gestión que, directa e indirectamente, van destinados hacia la mejora de la seguridad del paciente. La implantación cada vez mayor, de sistemas de triaje estructurado en los servicios de urgencias, en los que se valora la priorización de la visita junto con la gravedad estimada por protocolos validados, y las políticas de mejora de la calidad mediante el seguimiento de indicadores que valoran, entre otros

la seguridad y el riesgo han sido los principales avances, promovidos desde las sociedades científicas de medicina de urgencias

FASES DE IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

1ª Fase: Difusión

Durante el mes diciembre de 2014 se procedió a difundir el proyecto entre el personal de enfermería, auxiliares y facultativos. Para ello se elaboró una presentación en formato digital donde se explicaba:

- Utilidad de la notificación, incidiendo en el carácter voluntario y anónimo a la hora de participar.
- Conceptos básicos sobre Seguridad Clínica y definición del tipo de suceso a notificar.
- Presentación de la ficha con el formulario para cumplimentar.

2ª Fase: Implantación del sistema de notificación .

Desde su difusión hasta febrero de 2015 se procedió a la organización estructural del proyecto

- Se solicitó 1 buzón como herramienta indispensable para poder depositar los sucesos notificados , teniendo en cuenta que se encontrara en un área que garantizase de la privacidad de la notificación.
- Se distribuyó la ficha definitiva de notificación tanto digital como en soporte papel en varios despachos y puestos de asistencia tanto médica como de enfermería para facilitar su acceso.
- Se volvió a recordar mediante mensaje por correo electrónicos a todos los profesionales, que a partir de febrero de 2015 se iniciaría de forma oficial la recogida de datos del Sistema de Notificación para este año.
- Creación de una base de datos para recoger y analizar todos los datos obtenidos.

3ª Fase: Análisis de los datos. Monitorización.

- Abril 2015 : Creación de una base de datos para recoger y analizar los datos
- Recogida de los datos de forma periódica; mensualmente en los meses de febrero , marzo, abril y mayo.
- Mayo 2015 : Reunión del grupo dedicado a gestionar el Sistema de notificación para analizar los resultados recogidos hasta el 15 de mayo.

4ª Fase: Elaboración de 2 nuevas líneas de actuación para mejorar la seguridad de nuestros pacientes (diciembre 2011)

Hasta ahora y aunque se han detectado varios sucesos adversos, se ha decidido actuar por su gravedad potencial o por su alta prevalencia sobre dos situaciones que vulneran potencialmente la seguridad de nuestros pacientes. Si sólo nos quedamos aquí ,no habremos hecho más que un trabajo descriptivo de una situación.

- Errores en prescripción de fármacos a los que el paciente es alérgico.
- Errores en la identificación de los pacientes monitorizados en salas de observación.

Lo verdaderamente importante e interesante de cara al desarrollo de una buena práctica clínica es: a través de los datos obtenidos buscar soluciones que impidan o disminuyan la probabilidad de que dichos eventos adversos vuelvan a presentarse en el futuro.

Por ello es fundamental nombrar un responsable que será diferente para cada línea de actuación y que se encargara de:

- Analizar el proceso completo y estudiar la situación, para exponerlo al grupo de analizadores y juntos plantear acciones de mejora. Estas acciones de mejora se presentaran al grupo de calidad que debe aceptarlas antes de ser puestas en marcha.

- Establecer posibles indicadores que nos permitan monitorizar la situación si se aplican estas acciones.

Además si queremos que un sistema de notificación funcione a lo largo del tiempo deberíamos de ser capaces de evaluar y plantear cambios que permitan mejorar nuestro proyecto de un año a otro.

No podemos olvidar que nuestro elemento más importante son las personas que notifican; siendo imprescindible un feedback o lo que es lo mismo , difundir los resultados que hemos obtenido con sus aportaciones y las líneas de actuación que se van a implantar con el objetivo de mejorar los problemas notificados.

RESULTADOS

IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. EXPERIENCIA PREVIA

Antes de comenzar aclarar que los sistemas de notificación no nos permiten establecer comparativas puras ni procesos estadísticos al existir numerosos sesgos y que su utilidad real es analizar de forma global y sencilla tendencias y detectar eventos que, aunque no siempre sean de alta prevalencia si puedan suponer un riesgo vital importante. Por ejemplo puede notificarse solo un error a la hora de trasfundir sangre (probablemente habrá un mayor número de sucesos relacionados con este tema pero no se notifican) y además una única notificación justifica, por su potencial gravedad comenzar a trabajar en este aspecto.

Durante el año 2014 fueron reportados ,en el servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel , tras 4 años de experiencia previos ,un total de 113 casos. Estos casos sirvieron para crear una inquietud en algunos de sus trabajadores y plantear nuevas actitudes de cara a mejorar tanto el servicio como evitar posibles consecuencias graves derivados de esos errores.

Así pues se implantaron en consecuencia a los resultados obtenidos durante los años anteriores las siguientes acciones de mejora:

- Crear una alerta informática (icono) en los casos de pacientes con alergias medicamentosas.
- Identificación correcta del número de camas de la sala de observación
- Cambio de presentación del ventolín inhalado: se sustituyeron los viales de gran volumen por presentación en monodosis, evitando así su administración por vía intravenosa.
- Pulsera específica de color rojo para el paciente que va a ser transfundido lo que supone una mayor barrera a la hora de identificar al paciente que va a recibir la transfusión.

El índice de rotación del personal de urgencias es elevado tanto a nivel de enfermería como de residentes y facultativos en contratos de sustitución por lo que cada año es fundamental como hemos nombrado anteriormente revalorar y reiniciar el sistema de notificación.

Este es el objeto de mi estudio en el que ya he descrito previamente las fases pasando ahora a describir y comentar los resultados concretos obtenidos.

RESULTADOS DEL ESTUDIO TRAS ANALIZAR 39 CASOS EN 2015

He analizado un total de 39 casos (el total de sucesos adversos notificados en el período de tiempo señalado). Llama la atención que casi un 90% son incidentes es decir no llegan a producir daño en el paciente. Este resultado esta en concordancia con los estudios realizados por la Joint Commission Association (Agencia de prestigio internacional en temas de seguridad clínica) que concluye que para que aparezca un evento adverso han tenido que ocurrir previamente una media de 300 incidentes .

	Enero-diciembre 2014 (12 meses)	Enero-mayo 2015 (4,5 meses)
Notificaciones	113	39
Incidentes	65 (57,52%)	35(89,74%)
Sucesos adversos	48 (42,47%)	4 (10,25%)

Tabla 4. Datos generales comparativos entre ambos estudios.

Es interesante reseñar, que a pesar de poner en marcha acciones de mejora para tratar de corregir problemas como la prescripción incorrecta de fármacos a los que el paciente es alérgico, se siguen notificando un número similar a antes de aplicar la barrera informática y por ello he planteado que se deberá de seguir trabajando en este tema y establecer nuevas medidas y barreras que impidan cometer este error. Hasta ahora suelen ser incidentes ya que en la mayoría de los casos el paciente no es realmente alérgico al fármaco tratándose de intolerancias o supuestas alergias no confirmadas.

En cambio hay otros sucesos como los errores en la administración de ventolín y en las transfusiones sanguíneas que tras la medidas adoptadas no han vuelto a notificarse.

Descripción de los sucesos mas frecuentes	Año 2014	Meses en- mayo 2015
Prescripción incorrecta en pacientes alérgicos a una medicación	20	9
Manejo inadecuado de pacientes agitados	8	2
Error en la administración de ventolín / atrovent inhalados	10	0
Error en la administración de hemoconcentrados	2	0
Errores en la monitorización de pac. en sala de observación	1	6
Otros	72	22
Número total de sucesos notificados	113	39

Tabla 5. Comparación entre el volumen de sucesos ocurridos en el año anterior y en el actual.

- Los 2 sucesos adversos graves relacionados con un error a la hora de administrar hemoconcentrados al paciente equivocado. El número de casos notificados no era alto (2) pero si su gravedad. El responsable de esta línea de actuación se encargó no solo de analizar la situación, sino también de liderar un grupo que trabajó para buscar soluciones, decidiendo introducir como barrera una nueva pulsera de identificación cuya implantación fue llevada a cabo en octubre del 2014. Desde entonces no se han vuelto a notificar eventos ni incidentes relacionados con este tema.
- Los 10 casos de error a la hora de administrar por vía intravenosa ventolin prescrito para vía inhalatoria llevaron también a plantear cambios en la presentación del fármaco ya que tras analizar la situación se concluyó que el error sucedía al transportar en la misma batea los fármacos prescritos al paciente por vía intravenosa y el ventolín para inhalar que se extraía con jeringas intravenosas de un dispositivo común. Por ello se decidió modificar la forma de presentación del ventolín y solicitar a farmacia dispositivos monodosis que aunque más caros queda justificado, por la mejora que supone en la seguridad de los pacientes. En mi estudio actual no se han vuelto a detectar eventos relacionados con este tema, desde la puesta en marcha de los nuevos dispositivos.
- En el caso de las alergias, la tendencia no parece haber disminuido y nos sigue pareciendo que se notifican un número de casos superior al esperado. La barrera informática parece no ser suficiente, por lo que habrá que buscar nuevas acciones de mejora en esta línea.
- Nos ha llamado la atención un evento hasta ahora no notificado que es el fallo a la hora de correlacionar el monitor de registro de constantes vitales con el paciente al cual corresponde. Tras un análisis preliminar hemos detectado que el fallo principal se produce al no anular los datos del paciente que estaba previamente monitorizado en ese dispositivo, así como la no introducción de los nuevos datos. La importancia y repercusión tanto a la hora de diagnosticar determinadas arritmias como plantear determinadas acciones terapéuticas en pacientes equivocados es un error grave que si bien hasta ahora no ha ocasionado daño, podría suponer un evento adverso grave para el paciente. Durante el año se trabajará en analizar la situación y plantear acciones destinadas a mejorar este tema.

- Otro dato llamativo es que el mayor numero de casos notificados corresponde a errores de medicación, casi un 50%, y tras analizarlos he comprobado que son mas frecuentes los errores de administración del fármaco (61%) que los errores de prescripción (39%). Dentro de las técnicas de diagnostico se reportaron 6 sucesos y 4 de ellos correspondían a errores en la identificación paciente-monitor. No parece un número elevado pero la importancia que puede tener en el tratamiento y evolución del paciente obliga a establecer medidas correctoras en un periodo breve.

EVENTOS RELACIONADOS CON :	Nº eventos notificados entre los meses de enero – mayo 2015
Medicación	18
Cuidados	4
Fallos diagnósticos	2
Técnicas de diagnóstico y tratamiento	6
Documentación clínica	2
Equipamiento	2
Triage	3
Otros	2

Tabla 6. Tipo de evento y número del mismo registrado durante el estudio (meses de enero a mayo 2015)

Como hemos dicho casi el 90% de los sucesos fueron solo incidentes, es decir no ocasionaron daño al paciente o los síntomas fueron poco apreciables. Solo se han notificado 4 casos que si han sido eventos adversos con consecuencia por tanto para el paciente que en 1 casos ha sido la prolongación de la estancia hospitalaria y en 3 casos el agravamiento clínico.

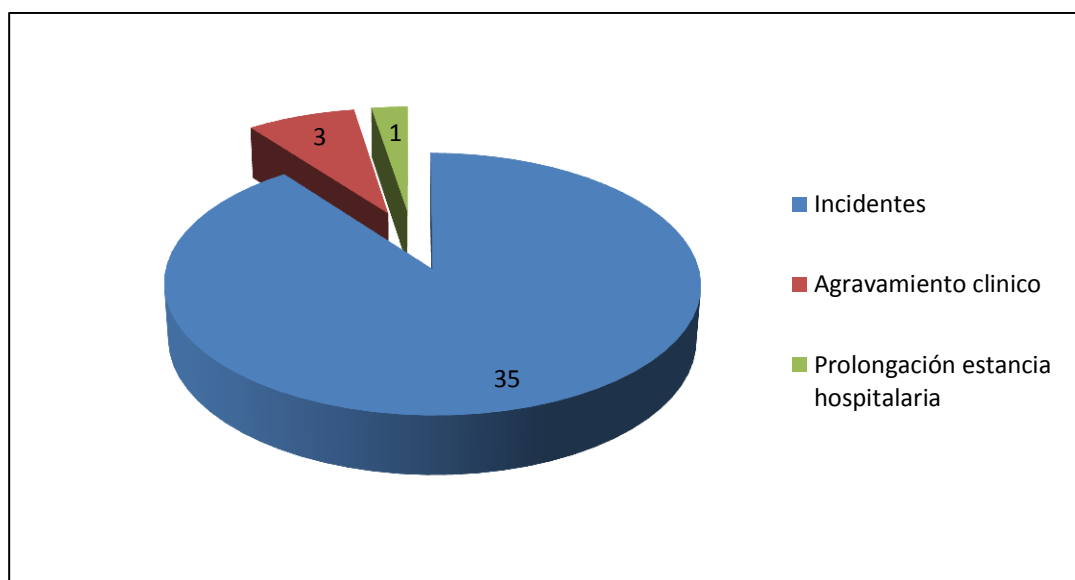


Tabla 7. Representación de las consecuencias producidas por los sucesos adversos.



Tabla 8. Relación y número de sucesos estudiados.

Finalmente analice donde era el lugar donde había mayor ocurrencia de eventos adversos. Los datos que se obtuvieron llaman la atención pues el mayor porcentaje ocurrían en la sala de observación (67%) donde en teoría el trabajo es mas protocolizado y la toma de decisiones no suele implicar un nivel de urgencia tan elevado como en otras áreas. Por otro lado en el área de atención a vitales solo se reportaban un 9% siendo en un principio el área que parece tener la mayor vulnerabilidad dentro del área de urgencias. Tras reflexionar e investigar el porqué he visto que como he dejado reflejado al inicio existen números sesgos. El más importante corresponde a que el personal procede a realizar mayor número de notificaciones en aquellas áreas en las que se está sometido a menor presión asistencial. Así mismo se realizan más notificaciones cuando éstas se pueden llevar a cabo inmediatamente después de ocurrir el suceso. Si esperamos a finalizar el turno o tener unos minutos disponibles, se comprueba que a menudo muchas de las notificaciones no se realizarán.

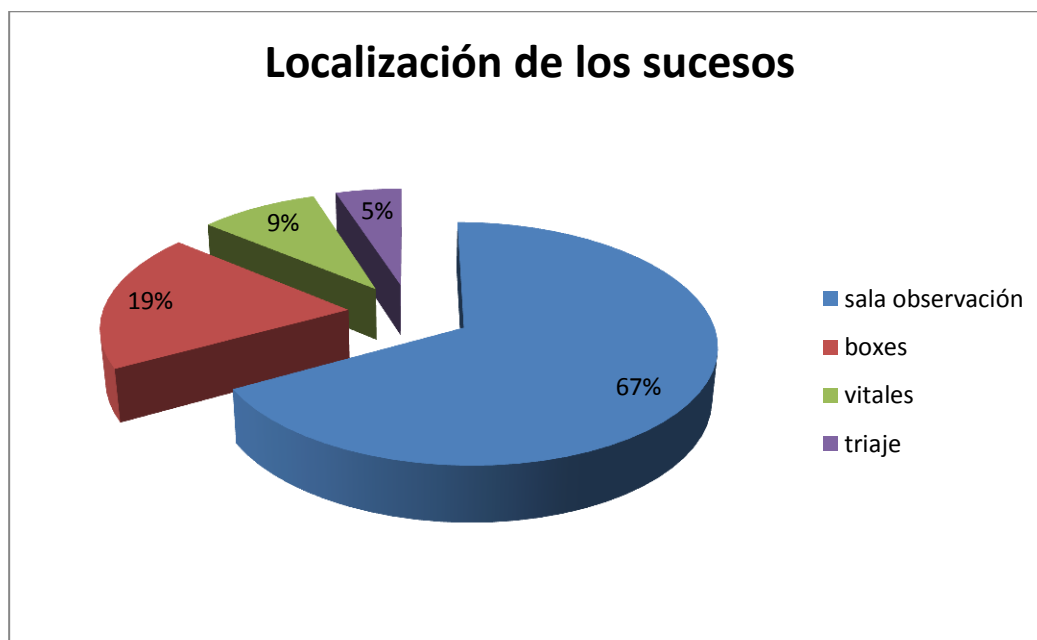


Tabla 9. Localización de los sucesos adversos dentro de las distintas áreas de urgencias.

Conclusiones

- Se cometen errores que producen efectos adversos; es imposible el riesgo asistencial cero.
- Éste hecho es aplicable a todos los servicios que implican una atención al paciente siendo especialmente vulnerables aquellos en los que se reúnen unas determinadas características (urgencia vital , complejidad clínica, turnos de trabajo cambiantes ,etc.)
- Notificar los errores es útil para aprender de ellos y evitar posibles consecuencias derivadas de su consecución.
- No hacen falta sistemas de gran complejidad; solamente favoreciendo la notificación promovemos la cultura de seguridad.
- El número de incidentes es siempre superior al de eventos adversos por lo que debemos tomar estos casos como señales de alerta para poner medidas que prevengan su ocurrencia.
- La mayoría de los errores están relacionados con la medicación, tanto la prescripción como la administración.
- Un sistema de notificación es algo dinámico que implica su análisis continuo ya que la puesta en marcha de medidas o barreras puede no ser eficaz o incluso crear nuevas vulnerabilidades.
- Es imprescindible notificar en el momento del suceso pues sino se pierden notificaciones.

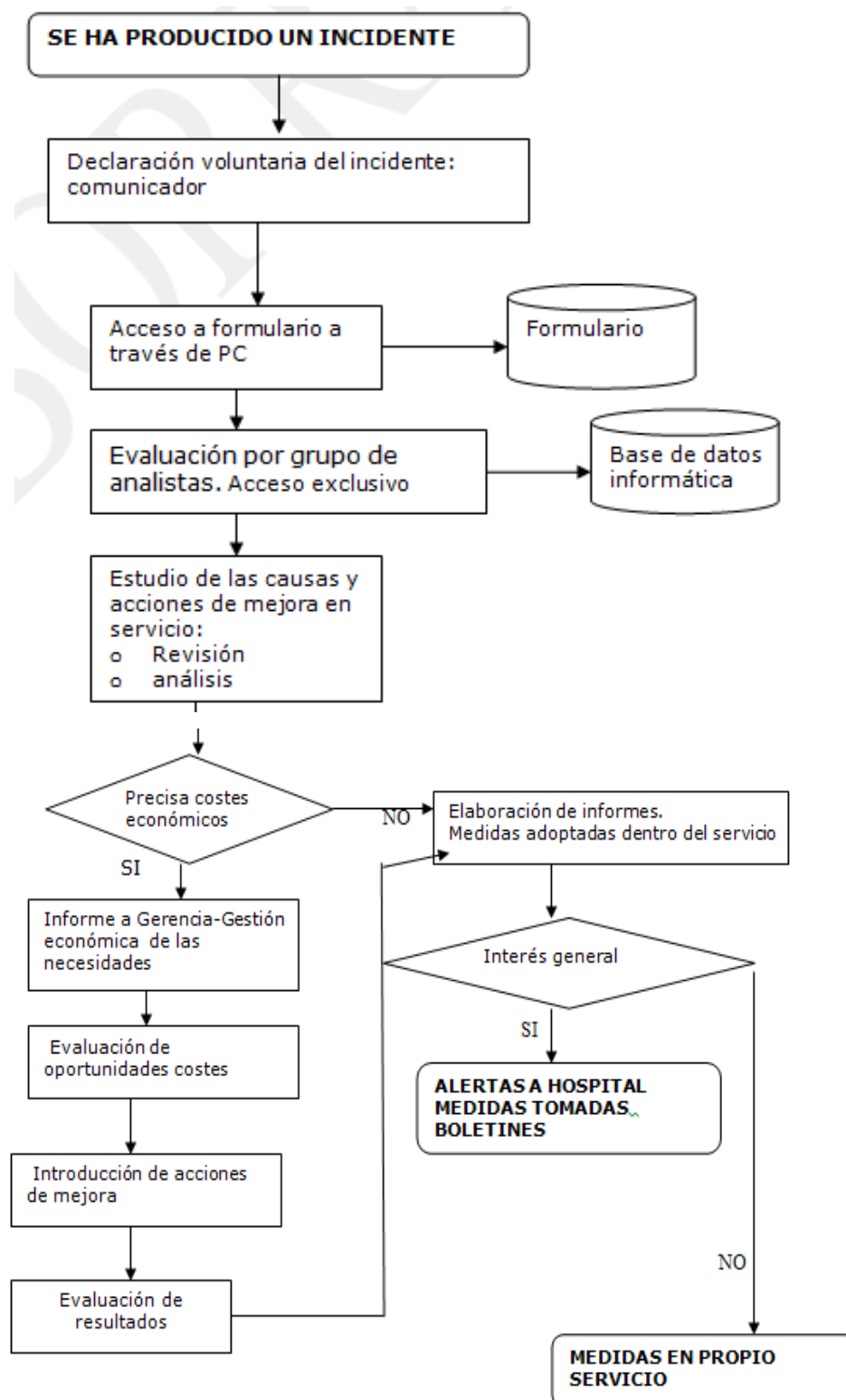


Tabla 10. Algoritmo de actuación ante un incidente

1. Leape L. Reporting of adverse events. N Eng J Med. 2002;. 347(20):1633-38
2. Guiu E, Tomás S, Moreno E, Pérez J, Gómez-García A, Gómez-Gómez MA. Si nos involucramos, mejoramos: evolución anual de la cultura de seguridad del paciente en un servicio de urgencias. Emergencias.2010;22(Extr):373.
3. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud Español.Emergencias. 2011;23:356-64.
4. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR – SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010;22:415-28.
5. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
6. Tomás S, Chánovas M, Roqueta C, Toranzo T. Patient safety in emergency medicine: report on 4 years' implementation of a program designed for the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES). Emergencias 2012; 24: 225-233.
7. Casado Flórez MI, Corral Torres E, García Ochoa MJ, De Elías Fernández R. La calidad asistencial y la competencia médica en la práctica clínica de emergencias evaluada a través de un sistema de valoración del desempeño en la escena. Emergencias. 2012;24:84-90.
8. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:216-22
9. El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

10. Aranaz Andrés J. Acerca de los sistemas de notificación y registro de sucesos adversos. *Rev Calidad Asistencial*. 2009;24(1):1-2
11. Brennan ÇTA, Leape LI, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
12. Leape LI, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR et al. The nature of adverse events in hospitalised patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377-84.
13. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995;163:458-71.
14. Aspiazu JL, Casado JL, García-Castrillo L, Jiménez L, Moya M, Tejedor M, et al. Grupo de Trabajo SEMES-Insalud, Calidad en los servicios de urgencias. *Indicadores de calidad. Emergencias* 2001;13:60-5.
15. Leape LI, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR et al. The nature of adverse events in hospitalised patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991;324:377-84.
16. Attack L, Maher J. Emergency medical and health providers' perceptions of key issues in prehospital patient safety. *Prehosp Emerg Care*. 2010;14:95-101.
17. Casado Flórez MI, Corral Torres E, García Ochoa MJ, De Elías Fernández R. La calidad asistencial y la competencia médica en la práctica clínica de emergencias evaluada a través de un sistema de valoración del desempeño en la escena. *Emergencias*. 2012;24:84-90.
18. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press, 2000.
19. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320:768-70.
20. Report of the Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC). To the President. Doing what counts for patient safety: Federal actions for reduce medical errors and their impact. Feb 2000.
21. Kaiser Permanente. Failure Modes and Effects Analysis (FMEA). "Team Instruction Guide". March 2002.

22. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.: National Academy Press, 2000.
23. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:768-70
24. Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, "Failure Mode and Effects Analysis in Health Care: Proactive Risk Reduction", USA, 2012.
25. Budrevics G, O'Neill C. Changing a culture with patient safety walkarounds. Healthc Q. 2005;8 Spec No:20-5.

